

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

369

N°

THÈSE

Année 1899

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 25 Mai 1899

Par M. Gabriel RIQUOIR

Né à Louvigny-les-Bavai (Nord), le 5 janvier 1873.

ÉTUDE COMPARÉE

DES RÉSULTATS DE LA

SYMPHYSÉOTOMIE

ET DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

DANS LES BASSINS VICIÉS

Président : M. BUDIN, Professeur.

Juges { M. PANAS, Professeur agrégé.
M. RICHELOT, Professeur agrégé.
M. BONNAIRE, Professeur agrégé

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1899

369

ÉTUDE COMPARÉE

DES RÉSULTATS DE LA

SYMPHYSÉOTOMIE

ET DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

DANS LES BASSINS VICIÉS

UNIVERSITÉ DE PARIS. FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	N.
Clinique médicale.....	CHANTEMESSE.
Clinique des maladies des enfants.....	POTAIN.
Clinique des maladies syphilitiques.....	JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	HAYEM.
Clinique des maladies nerveuses	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique	FOURNIER.
Clinique des voies urinaires.....	JOFFROY.
Clinique d'accouchements	RAYMOND.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
	PANAS.
	GUYON.
	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIÉRY.
ANDRE.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (André).	GILLES de la TOURETTE.	MÉNÉTRIER.	VARNIER.
BROCA (Aug.).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARBIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Le Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

Année 1899

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 25 Mai 1899

Par M. Gabriel RIQUOIR

Né à Louvigny-les-Bavai (Nord), le 5 janvier 1873.

ÉTUDE COMPARÉE

DES RÉSULTATS DE LA

SYMPHYSÉOTOMIE

ET DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

DANS LES BASSINS VICIÉS

Président : M. BUDIN, Professeur.

Juges { M. PANAS, Professeur agrégé.
M. RICHELOT, Professeur agrégé.
M. BONNAIRE, Professeur agrégé.



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1899

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A M. BONNAIRE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ

DE PARIS

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

A TOUS MES MAÎTRES

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

ÉTUDE COMPARÉE DES RÉSULTATS
DE LA
SYMPHYSÉOTOMIE ET DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE
DANS LES BASSINS VICIÉS

INTRODUCTION

Une grande question intéresse vivement les accoucheurs du monde entier : la conduite à tenir dans les bassins viciés. En France, M. le Professeur PINARD et ses élèves ont donné une impulsion puissante à la symphyséotomie, la considérant comme une opération applicable à tous les cas, tandis qu'en Allemagne l'opération césarienne jouit d'une grande réputation.

En face de cette divergence d'opinions, il nous a paru utile d'étudier et de comparer les résultats de ces deux opérations. Nous ne parlerons pas de l'accouchement prématuré artificiel dont nous avons pu voir les excellents résultats qu'obtient actuellement M. le professeur BUDIN à la clinique TARNIER. Nous occupant uniquement de la symphyséotomie et de la césarienne, nous n'en refe-

rons pas l'historique bien connu de tous ; nous n'exposons pas non plus leur technique. Nous examinerons simplement leurs résultats respectifs et nous essaierons d'en tirer un enseignement.

Dans un premier chapitre, nous étudierons les résultats de la symphyséotomie, en nous basant surtout sur la thèse de M. RUBINROT.

Dans un deuxième chapitre, nous exposerons les résultats de l'opération césarienne d'après les 209 cas que nous avons recueillis.

Un dernier chapitre servira à établir un parallèle entre ces deux opérations et nous permettra de conclure.

Mais auparavant, nous avons une tâche bien douce à remplir ; nous ne saurions terminer nos études médicales sans adresser à nos maîtres dans les hôpitaux le témoignage de notre reconnaissance. Que M. le D^r MONOD veuille bien accepter nos remerciements pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée pendant notre stage chirurgical à l'hôpital Saint-Antoine.

Nous adressons à M. le D^r TAPRET l'expression de notre vive gratitude, tant pour sa bonté que pour les précieux conseils qu'il nous a prodigués pendant notre stage médical.

Nous prions notre maître, M. le professeur agrégé BONNAIRE, de croire que nous sommes vivement touché de la grande bonté qu'il nous a toujours témoignée et de la bienveillance avec laquelle il nous a guidé dans nos recherches. Nous lui renouvelons ici l'assurance de notre respectueux dévouement. Qu'il veuille bien recevoir aussi

tous nos remerciements pour le solide enseignement clinique et pratique qu'il n'a cessé de nous prodiguer dans les maternités de Tenon et de Lariboisière.

Nous ne saurions oublier dans nos remerciements M. le D^r CHAVANNE, chef de Clinique de la Faculté, pour les avis bienveillants qu'il nous a donnés au sujet de notre thèse.

M. le professeur BUDIN a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui en témoignons notre respectueuse reconnaissance et nous le prions de vouloir bien accepter tous nos remerciements pour la haute bienveillance avec laquelle il nous a accueilli à la clinique TARNIER.

CHAPITRE PREMIER

Symphyséotomie

La section des téguments paraît à première vue très facile et absolument inoffensive. Cependant il se produit parfois des hémorragies tégumentaires, surtout chez des femmes variqueuses. Dans le cas d'œdème sus-pubien, on trouve difficilement l'interligne articulaire.

Chez les femmes symphyséotomisées une première fois, on rencontre parfois un pont de tissu fibreux cicatriciel derrière la symphyse, ce qui rend l'incision postérieure difficile. M. VARNIER, dans une observation concernant une femme qu'on symphyséotomisait pour la 2^e fois, dit, au Congrès de Moscou, qu'il existait une adhérence extrêmement intime, dans la partie postérieure de la symphyse entre les tissus fibreux, la vessie et le vagin en bas. M. BONNAIRE a également rencontré une plaque fibreuse en arrière des pubis, en avant de la vessie, chez une femme à laquelle il pratiqua la symphyséotomie pour la 2^e fois, dans le service de M. BUDIN, à la Charité.

On a constaté de plus l'ossification des symphyses, ce qui obligea à avoir recours aux ciseaux, à la gouge, à la scie, etc.

L'interligne étant incisé, il n'est pas toujours possible de maintenir les pubis qui s'écartent brusquement et provoquent ainsi des hémorragies considérables par

déchirure des corps caverneux et du plexus de SANTORINI.

L'hémorragie est une des complications les plus graves de la symphyséotomie, et elle est assez fréquente puisque, sur les 136 cas relevés par M. RUBINROT, nous la rencontrons mentionnée 26 fois. De l'avis unanime, elles sont abondantes, effrayantes même, et sont difficilement arrêtées. De plus il arrive qu'elles ne sont pas diagnostiquées facilement, comme nous le voyons dans le n° 73 (RUBINROT):

« Au moment de l'opération, hémorragie considérable, venant des tissus rétro-symphysiens et cessant après tamponnement. Cependant, le pouls est mauvais, petit, filiforme et lent ; malgré une injection d'éther, on ne le sent plus. On examine la femme et on trouve une déchirure considérable de la paroi antérieure du vagin, qui se continue en haut sans limites. On diagnostique une déchirure de l'utérus avec hémorragie interne. On fait une laparotomie, mais on trouve tout intact. On ferme et le pouls continue à être petit. Mort 42 heures après l'opération. Autopsie : hémorragie dans le paramétrium droit. Dans tout le tissu rétro-péritonéal du côté droit, de la paroi abdominale latéralement jusqu'au rein droit, on trouve du sang fluide et du sang cailléboté. Dans le coin supérieur du vagin, au niveau de l'insertion du col, on trouve une rupture dans laquelle on peut passer toute la main. Dans le cul-de-sac gauche également déchirure de 3 centimètres. »

Une autre complication, non moins grave, de la symphyséotomie concerne les déchirures des parties molles, avec ou sans lésions de l'appareil urinaire ; on la trouve 31 fois sur les 136 cas de la statistique de M. RUBINROT.

Examinons quelques-uns de ces cas, où les lésions ont été réellement graves :

N° 41. — Le forceps, dont on s'est servi deux fois, a déchiré le col en arrière, à droite et à gauche. Le cul-de-sac péritonéal postérieur et la paroi postérieure de l'utérus sont déchirés. Urèthre très élargi.

N° 68. — Déchirure vulvo-vésico-vaginale. Le plafond du vagin est effondré, on perçoit les 2 corps caverneux du clitoris et entre eux la vessie faisant hernie. Urèthre introuvable.

N° 74. — Il existe une large communication de 4 centimètres entre le vagin et la plaie pubienne.

N° 81. — Vagin déchiré à la vulve et éclaté vers le haut.

La plaie articulaire communique largement avec la plaie vaginale.

N° 90. — Déchirure de la paroi antérieure du vagin. La paroi vaginale postérieure et le périnée sont profondément intéressés. Déchirure du col de l'utérus. Le doigt introduit dans la plaie apparaît derrière le pubis, au fond de l'incision opératoire.

N° 93. — Plaie communicante. Au niveau du vestibule et de chaque côté, large déchirure transversale, s'étendant jusqu'aux petites lèvres. Urèthre introuvable.

N° 110. — Déchirure du vestibule. Urèthre complètement détaché du vestibule.

N° 135. — Déchirure profonde (3 centimètres) de la paroi antérieure du vagin sur le côté droit de l'urèthre. On est obligé, pour éviter la déchirure du périnée, de faire une épisiotomie. Mort.

Autopsie : malgré la suture de la paroi antérieure du

vagin déchirée, il existe un orifice large de deux francs, faisant communiquer le vagin et la plaie.

Nous avons vu également dans le n° 73 qu'il existe des déchirures qui échappent à l'examen et qui ne se révèlent qu'à l'autopsie.

L'opération menée à bien, la naissance de l'enfant se fait-elle facilement ? Sur les 136 cas de M. RUBINROT, nous relevons 115 interventions, dont 85 forceps, 23 versions et 7 leviers. On voit, par là, combien sont rares les cas où l'accouchement s'est terminé spontanément. Outre le danger des déchirures et des hémorragies, il faut noter la difficulté que l'opérateur rencontre souvent à appliquer le forceps et, d'autre part, la force qu'il est obligé d'employer dans les nombreuses tractions nécessaires.

Un autre obstacle peut surgir, nous voulons parler de la dystocie des parties molles que l'on rencontre si souvent dans les bassins généralement rétrécis. Consultons à ce sujet l'excellente thèse de M. HUGÉ : contractions utérines, dans le bassin justo-minor, douloureuses, faibles, irrégulières et peu efficaces, inertie utérine secondaire, le muscle utérin étant fatigué, ou primitive, les faisceaux musculaires ne se contractant pas synergiquement, rigidité spasmodique du col et rétraction de l'anneau de BANDL (BONNAIRE), œdèmes du col, du vagin et de la vulve, étroitesse du vagin et de la vulve, enfin vaginisme, telles sont les difficultés que peut rencontrer l'accoucheur. Au point de vue de la conduite à tenir, M. HUGÉ dit : « L'atréisie et le défaut de souplesse du vagin, du périnée, de la vulve et des tissus pelviens continuent à entretenir la dystocie après la section du bassin et font perdre à la symphyséotomie la plus grande partie de ses avantages ;

d'ailleurs ces tissus, insuffisamment étoffés, peuvent limiter le degré d'écartement des pubis et risquent plus que d'autres de se déchirer quand on a recours à la symphyséotomie. »

Signalons deux autres accidents qui se produisent parfois lors de la fermeture du bassin : la hernie de la vessie et la difficulté très grande que l'on rencontre à rapprocher les pubis.

La symphyséotomie étant terminée, l'enfant étant extrait, la femme est-elle à l'abri de tout accident ? Consultons la thèse de M. RUBINROT ; sur 136 observations, nous trouvons 44 cas d'infection septique sous toutes ses formes : septicémie, péritonite, phlegmatia, infection de la moelle avec escarres multiples, cachexie, pneumonie, etc. Nous constatons également de la suppuration de la plaie, des abcès, des phlegmons trochantériens, des fistules purulentes. En outre, il faut noter de nombreux cas où la température reste élevée plusieurs jours après l'opération.

Une des complications les plus pénibles de la symphyséotomie est l'incontinence d'urine, qui parfois résiste 6 mois et plus, à tous les traitements. Nous en trouvons un exemple frappant dans le n° 68 :

« Toute l'urine s'écoule par le vagin d'une façon continue. Incontinence complète d'urine due à une perforation du col vésical admettant aisément le doigt. La vessie est réduite à son bas-fond, sa paroi postérieure, une partie du sommet et les parois latérales ; il n'existe plus de paroi antérieure, ni d'urèthre. Cette femme a été gardée comme nourrice et a été soumise à une série d'o-

pérations de réparation ; elle est encore en traitement 10 mois après la symphyséotomie. »

Enfin nous citerons le retard dans la consolidation de la symphyse pubienne, les douleurs persistant du côté de l'articulation sacro-iliaque et les troubles de la marche. Il est évidemment des femmes symphyséotomisées qui peuvent reprendre leurs occupations, sans en être trop incommodées. Mais ce résultat n'est pas toujours durable, car nous avons vu, dans le service de notre maître, M. BONNAIRE, une femme enceinte, ayant déjà été symphyséotomisée et obligée, pendant des périodes plus ou moins longues, de garder le lit, incapable qu'elle était de marcher ou de se livrer à un travail quelconque.

Si nous examinons au bout de combien de temps les femmes symphyséotomisées peuvent se lever et quitter l'hôpital, nous voyons qu'elles ne peuvent le faire, pour la plupart, qu'au bout d'un laps de temps variant d'un à deux mois, et même davantage ; tels sont les cas du n° 6, sortie au bout de 6 mois et demi ; celui du n° 12, sortie le 156^e jour ; celui du n° 68, encore en traitement à la clinique BAUDELOCQUE, 10 mois après son opération.

Il nous reste à examiner les résultats de la symphyséotomie au point de vue de la mortalité maternelle et infantile. La statistique de M. RUBINROT, portant sur 136 cas, donne une mortalité de 11,03 0/0 pour les enfants.

M. RUBINROT, à la fin de ses conclusions, regrette de n'avoir pu classer, dans ses tableaux, 8 observations inédites relatées dans la thèse de M. ABELLY. Nous avons relevé ces 8 observations, parmi lesquelles nous trouvons 3 femmes mortes et 2 enfants morts. En ajoutant ces cas à ceux de M. RUBINROT, nous avons un total de 144 sym-

physéotomies dans lesquelles nous trouvons 18 mères mortes, d'où une mortalité maternelle de 12,50 0/0, et 21 enfants morts, d'où une mortalité infantile de 14,58 0/0. (Nous avons excepté un cas de M. ABELLY, où le fœtus était mort.)

CHAPITRE II

Opération césarienne

Examinons maintenant les observations de césarienne que nous avons relevées.

Aucune difficulté n'est signalée au moment de l'opération. Les suites de couches ont été normales. La cicatrisation a eu une marche régulière sauf dans 5 cas (sur 209) où nous trouvons des complications post-opératoires dignes d'être signalées :

(LÉOPOLD-opération césarienne) N° 68. Abscess de la paroi abdominale ; dans le pus de cet abcès, gonocoques. A la sortie de la mère, au-dessus et au-dessous de l'ombilic, se trouve une ouverture fistuleuse longue de 1 centimètre avec quelques granulations.

(LÉOPOLD-Porro) N° 16. Du 20^e au 22^e jour, la température atteint 38° 2 : suppuration du moignon.

(LÉOPOLD-Porro) N° 23. Du 12^e au 15^e jour, légère élévation de température : foyers nécrotiques au moignon, ablation de ce dernier. Dès lors, chute de la température et couches régulières.

(LÉOPOLD-Porro) N° 24. Foyers nécrotiques du moignon qu'on enlève.

(FROMMEL 1897 N° 35. — Opération césarienne). Après l'opération, abcès et fistules de l'utérus.

Chez plusieurs des femmes ayant subi l'opération césarienne

rienne, on constate l'adhérence de l'utérus à la paroi abdominale. Est-ce une complication à redouter pour l'avenir? OLSHAUSEN dit à ce sujet, au congrès de Moscou, séance du 21 août 1897 : « Que ces adhérences ne soient pas incompatibles en général avec l'évolution de la grossesse jusqu'à terme, c'est là un fait bien connu des anciens accoucheurs, et particulièrement intéressant en considération de l'opération de la ventro-fixation. »

Si nous examinons la statistique de LÉOPOLD, nous voyons que les femmes guéries sont sorties au bout d'un laps de temps variant de 20 à 40 jours. Nous devons faire remarquer la rapidité avec laquelle les opérations se sont exécutées; les enfants ne meurent pas au moment de l'opération.

Une autre question peut se poser : les femmes ayant subi une première fois l'opération césarienne peuvent-elles avoir une seconde grossesse? Le simple examen des cas que nous avons consignés dans notre thèse, nous renseignera :

(LÉOPOLD. Opération césarienne) n° 43. II pare. A subi une opération césarienne antérieure.

N° 44. III pare. 1^{er} accouchement, perforation et céphalotripsie.

2^e accouchement, opération césarienne faite à Leipzig.

N° 47. V pare. 1^{er} accouchement, version, fœtus mort.

2^e — version, enfant mort.

3^e — version, perforation de la tête.

4^e — opération césarienne.

N° 52. Ce cas est particulièrement instructif :

VIII père : 1^{er} accouchement, perforation.

2^e — perforation.

3^e — spontané, fœtus mort,
putréfié.

4^e — perforation

5^e — perforation.

6^e — perforation.

7^e -- opération césarienne :
enfant vivant.

Ainsi, chez cette femme, ce n'est que l'opération césarienne qui donne un enfant vivant, après 6 grossesses où on doit recourir à la perforation.

La 8^e, dont l'observation se trouve dans notre statistique, donne également un enfant vivant.

n° 59. III père. 1^{er} accouchement, opération césarienne.

2^e — opération césarienne.

N° 61. II père. 1^{er} accouchement, opération césarienne.

N° 63. II père. 1^{er} accouchement, opération césarienne.

N° 66. II père. 1^{er} accouchement, opération césarienne.

N° 70. II père. 1^{er} accouchement, opération césarienne.

(LÉOPOLD-Porro). N° 10. — IV père : 1^{er} accouchement, perforation.

2^e accouchement, version, opération césarienne.

3^e accouchement artificiel à 6 mois.

N° 21. — III père. 1^{er} accouchement, opération césarienne.

2^e accouchement perforation.

(FROMMEL 1895. Opération césarienne). n° 9. — Cette femme a subi 4 opérations césariennes antérieures.

(FROMMEL 1896. Opération césarienne). N°s 20 et 21. —

La même femme subit une opération césarienne en 1886 et un porro en 1888.

Toutes ces femmes guérissent de la nouvelle opération qu'elles eurent à subir ; on a extrait également des enfants vivants ; on ne saurait imputer à l'opération césarienne le cas du n° 61 (LÉOPOLD), où l'enfant mourut au bout de 19 jours et chez lequel on trouva à l'autopsie : rupture de la veine rénale gauche et de la veine cave inférieure ; infarctus urinaire des 2 reins.

Examinons enfin les résultats réunis de l'opération césarienne conservatrice et de l'opération de Porro, au point de vue de la mortalité maternelle et infantile. Sur nos 209 cas, nous comptons 23 femmes mortes. En étudiant leurs observations, nous trouvons des cas qu'on ne saurait réellement attribuer à l'opération.

(LÉOPOLD. Opération césarienne) N° 45. — Autopsie : péritonite adhésive et suppurée. Métrite suppurée, endométrite. Pyélite droite suppurée. Ce cas présente comme partie importante la remarque qui a été faite par M. le professeur LÉOPOLD qu'on aurait dû faire un Porro.

(LÉOPOLD-Porro) N° 18. — Autopsie ; hémorragie dans la cavité abdominale, anémie généralisée, dégénérescence parenchymateuse du rein. Un fragment du ligament large droit qui avait glissé dans la cavité abdominale avait déterminé l'hémorragie mortelle.

N° 29. — La parturiente était presque mourante au moment de l'opération. Insuffisance mitrale, albumine dans les urines, œdème considérable du corps entier, cyanose, dyspnée intense. Pouls très fréquent (100 et même davantage) petit et mou. Mort 4 heures après l'opération.

Autopsie : hypertrophie du ventricule droit, insuffi-

sance et sténose mitrale, congestion dans les poumons et dans les organes de l'abdomen.

(FROMMEL, 1895. Opération césarienne) N° 2. — Mère morte au bout de 10 jours, d'une maladie intercurrente.

N° 8. — Mère morte au bout de 20 heures par embolie.

N° 11. — L'opération césarienne n'a pas de complications. Au bout de 5 jours, iléus pour lequel on fait une opération ; mort au bout de 6 jours, de péritonite consécutive à la seconde opération.

(FROMMEL. 1897. op. césar.) N° 17. — Mère morte au bout du troisième jour, par paralysie du cœur.

On voit que nous pourrions éliminer certains cas, mais nous ne l'avons pas fait, désirant avoir une mortalité non expurgée. Nous avons ainsi une mortalité maternelle de 11 0/0.

Pour les enfants, nous comptons 16 morts, dont quelques-uns, cités plus loin, ne sauraient être attribués à l'opération césarienne. Toutefois, nous n'avons éliminé que les cas où le fœtus était mort avant l'opération.

(LÉOPOLD, op. césar.) N° 61. Enfant meurt au bout du 19^e jour. Autopsie : rupture de la veine rénale gauche et de la veine cave inférieure. Infarctus urinaire des deux reins. OEdème et hypérémie du cerveau.

N° 62. — L'enfant meurt dans la nuit qui suit l'opération. Autopsie : catarrhe folliculaire du gros intestin.

N° 64. — L'enfant meurt au 21^e jour : diarrhée, muguet, bronchite. Autopsie : trachéite suppurée, catarrhe de l'estomac et de l'intestin.

(FROMMEL. 1895. Opér. césar.) N° 1 : Enfant mort au bout de 8 jours.

(FROMMEL. 1895. PORRO) N° 5. — On extrait deux jumeaux en état d'asphyxie ; l'un d'eux meurt.

(FROMMEL. 1896. op. césar.) N° 3. — Opération sur un fœtus mort.

N° 12. — Enfant né en état d'asphyxie, non ranimé.

N° 31. — Fœtus mort avant l'opération.

(FROMMEL. 1896. PORRO) N° 1. — Opération de Porro in extremis. Enfant mort.

N° 16. — Fœtus mort avant l'opération.

N° 25. — L'enfant, extrait en état de profonde asphyxie, ne peut être ranimé.

(FROMMEL. 1897. Op. césar.) N° 14. — Enfant mort avant l'opération.

N° 21. — Enfant profondément asphyxique, non ranimé.

N° 43. — Enfant né vivant ; plus tard, infection du cordon et mort.

(FROMMEL. 1897. PORRO) N° 6. — Enfant mort avant l'opération.

Ces 16 enfants morts sur 209 nous donnent donc une mortalité infantile de 7, 68 0/0.

CHAPITRE III

Comparaison des deux opérations

Si nous comparons les deux opérations, dont nous venons d'étudier les résultats, les faits seuls suffiront à nous éclairer sur leur valeur respective. D'un côté la symphyséotomie avec son cortège de dangers et de complications : hémorragies graves, déchirures souvent considérables des parties molles, lésions de l'appareil urinaire, difficultés pour l'extraction de l'enfant qui nécessite presque toujours de nombreuses interventions préjudiciables à sa vitalité ; morbidité considérable dans les suites de couches, incontinence d'urine persistante et rebelle à tout traitement, douleurs dans les articulations du bassin, troubles de la marche, obligation pour la symphyséotomisée de faire un long séjour à la clinique, etc. Mortalité maternelle 12,50 0/0 ; mortalité infantile 14,58 0/0.

De l'autre, l'opération césarienne avec sa technique plus facile, de l'avis même de ZWEIFEL au Congrès de Moscou, l'absence de complications post-opératoires, la guérison beaucoup plus rapide, la possibilité pour la mère d'avoir des grossesses ultérieures ; mortalité maternelle 11 0/0, inférieure, comme on le voit, à celle de la symphyséotomie ; mortalité infantile 7,68 0/0, c'est-à-dire presque la moitié seulement de celle de la symphyséo-

tomie, qui ne remplit donc pas son but : sauver l'enfant.

En face de ces résultats, la conclusion s'impose : l'opération césarienne est préférable à la symphyséotomie.

Au congrès de Moscou, ZWEIFEL, parlant de la symphyséotomie, dit : « Si d'autres médecins ont pu rapporter que leurs symphyséotomisées n'avaient pu pendant des semaines, même des mois, marcher ou n'avaient pu marcher qu'avec de grandes souffrances, c'est qu'ils avaient fait la symphyséotomie sur des bassins trop rétrécis et que, de ce fait, ils avaient produit une rupture d'une des articulations pelviennes postérieures, d'une des articulations sacro-iliaques. »

La symphyséotomie n'est donc pas l'opération que l'on doive préférer, à l'exclusion de toutes les autres opérations, dans les bassins rétrécis. C'est, en tout cas, un reproche qu'on ne saurait faire à la césarienne. L'étude, que nous venons de faire de ses résultats, nous autorise à agrandir le cercle de ses indications. A ce sujet, OLSHAUSEN, au Congrès de Moscou, prit nettement parti dans ce sens : « Le plus grand nombre des accoucheurs se sont toujours prononcés contre l'opération césarienne à indication relative pour éviter le risque, vu la gravité pronostique liée à cette intervention, de sacrifier la mère au salut de l'enfant. Avant l'antisepsie, la césarienne était une opération dangereuse. Actuellement, les choses sont entièrement retournées. A la vérité, toutes les opérations au point de vue de la préservation de l'existence se sont améliorées, les opérations obstétricales par le vagin moins, toutefois, que la césarienne qui, sous la réserve d'une antisepsie et d'une asepsie absolues et aussi d'une exécution convenable, nous garantit presque le succès.

En dépit des résultats supérieurs signalés par ZWEIFEL, j'estime que, sous le rapport de la technique et de la sûreté, la symphyséotomie reste bien en arrière de la césarienne ; je crois aussi que la symphyséotomie n'est pas une opération à la portée du plus grand nombre des praticiens, contrairement à l'opération césarienne. »

Notre statistique est loin de démentir ces affirmations. OLSHAUSEN signale en outre les cas nombreux où l'on fut frappé du volume considérable de l'enfant, comparé à la petitesse de la mère rachitique. Voilà encore une contre-indication à la symphyséotomie. OLSHAUSEN termine en disant : « A mon avis, le cercle des indications de l'opération césarienne reste, dans la plupart des cliniques aujourd'hui, plus restreint qu'il ne faut. En ce qui concerne les maternités allemandes, celles de Dresde et de Leipzig fournissent une ample expérience. Qu'on réfléchisse que les conditions de l'indication absolue, indication en vertu de laquelle l'opération n'était faite autrefois que dans l'intérêt de la mère, sont tout autres que jadis. Dans beaucoup de cas, en effet, où jadis il ne pouvait être question d'indication relative, l'indication est, à l'heure actuelle, absolue par la raison que la césarienne est devenue moins dangereuse pour la mère que l'accouchement par la filière pelvienne, même avec le sacrifice de l'enfant. »

Nous avons vu en effet que la mortalité maternelle de la césarienne, dans notre statistique, est inférieure à celle de la symphyséotomie.

A la réunion des médecins Allemands à Dusseldorf (septembre 1898), EVERKE pensait que « lorsque les partu-

rientes arrivent de bonne heure à l'hôpital, les résultats obtenus sont meilleurs.

« La mortalité, et en particulier celle que cause l'infection (11 0/0), serait certainement bien moindre si les explorations n'avaient pas été antérieurement trop multipliées. Il va sans dire que, quand on peut intervenir à temps, l'accouchement prématuré artificiel est encore préférable. Quant à la symphyséotomie, c'est une opération plus difficile, qui ne met pas l'enfant à l'abri de tout danger. Elle a en outre l'inconvénient de rendre les femmes incapables de travailler. »

A la société médicale de Leipzig (séance du 10 janvier 1899), ABEL dit : « La répétition de l'opération césarienne ne rend pas l'opération plus dangereuse et ne cause pas une incapacité de travail plus marquée que la première intervention. Les enfants nés par l'opération césarienne se sont bien développés tant au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel. » Notre statistique confirme ce qui précède, la mortalité infantile de la césarienne étant presque de moitié moindre que celle de la symphyséotomie. Plus récemment encore, à la 7^e session de la société obstétricale de France (avril 1899), les accoucheurs ont pris parti pour la césarienne. Citons le compte-rendu dans la presse médicale. M. P. BAR : « L'opération césarienne conservatrice peut être pratiquée avant le début du travail, l'atonie n'étant pas à craindre, si on fait une injection d'ergotine au début de l'intervention. On ne se trouve donc plus dans les mauvaises conditions d'une opération d'urgence, mais d'une laparotomie ordinaire. M. BAR a pratiqué à deux reprises différentes avec succès deux opérations césariennes chez la même femme ;

en tenant compte des statistiques de ZWEIFEL et de LÉOPOLD, il considère comme contre-indiqué de priver une femme de son utérus, quand on pense que l'opération césarienne pourra être employée lors de ses accouchements ultérieurs.

Relativement à la symphyséotomie, M. BAR conclut de la manière suivante : la section de la symphyse suit un travail plus ou moins prolongé ; elle doit être complétée par l'extraction du fœtus ou l'accouchement spontané. La nécessité de l'expulsion ou de l'extraction du fœtus par le canal génital entraîne des aléas pour l'enfant. Le passage du fœtus provoque des lésions des parties molles qui acquièrent une gravité particulière à cause des dangers d'infection. La symphyséotomie s'accompagne souvent de troubles urinaires et favorise l'apparition du prolapsus utérin. La répétition de la symphyséotomie nécessite une technique spéciale et expose davantage aux blessures de la vessie et aux plaies communicantes. Pour M. BAR, les indications relatives de la section césarienne conservatrice et de la symphyséotomie sont les suivantes : La césarienne sauvegarde complètement les intérêts de l'enfant, tandis que la symphyséotomie ne le fait qu'imparfaitement. Les risques opératoires immédiats et les dangers de mort par faute contre l'asepsie sont plus grands dans la césarienne que dans la symphyséotomie ; mais l'extraction du fœtus augmente les risques d'infection dans la symphyséotomie. Aussi les progrès de l'asepsie ont-ils diminué beaucoup la mortalité et la morbidité de la mère après la section césarienne. Les suites éloignées de la césarienne sont beaucoup moins sérieuses que celles de la symphyséotomie.

M. BARESTIME que la césarienne est l'opération de choix quand la malade n'est pas en travail, qu'elle se trouve dans un milieu aseptique et qu'elle n'est sous le coup d'aucune chance d'infection. Ce choix sera d'autant plus indiqué que la femme sera primipare et aura un bassin plus étroit. Dans un certain nombre de cas, l'opération césarienne reste indiquée, malgré un début de travail.

M. le professeur BUDIN fait observer que, pour comparer la morbidité infantile de la césarienne et de la symphyséotomie, il faut prendre les femmes avant tout début de travail, car l'enfant peut mourir avant que le travail soit assez avancé pour permettre la symphyséotomie qui avait été décidée et qui, dès lors, n'est plus exécutée. Le rejet de ces cas rend incomplètes les statistiques de mortalité infantile de la symphyséotomie comparées à celles de la césarienne.

M. CHARLES conclut de son expérience personnelle que la césarienne est une opération simple, facile, et peut-être moins dangereuse que la symphyséotomie.

M. BOSSI préfère à la symphyséotomie l'accouchement prématuré et la césarienne, dont l'exécution est relativement simple à domicile et dans les campagnes, ainsi que le prouvent 11 observations rapportées par son assistant.

M. FOCHIER montre que la symphyséotomie est plus sérieuse que la césarienne à cause du choc opératoire consécutif à l'ouverture des articulations et des mauvaises conditions communes à toute opération d'urgence.

Nous voyons que les avis énoncés à la Société obstétricale sont absolument confirmés par notre statistique.

Notons en passant l'influence heureuse de la césarienne et surtout du Porro dans les bassins ostéomalaciques.

Voici ce que dit, à ce sujet, notre maître, M. le docteur BONNAIRE(1); « L'opération césarienne, exécutée suivant le procédé classique, nous semble meilleure pour la mère et pour l'enfant; elle a, dans un cas, été suivie de guérison de l'ostéomalacie en 10 mois (REUSS). Cependant l'opération de Porro est encore préférable puisqu'elle comporte la stérilisation absolue. BAUMANN, dans sa thèse, a réuni 44 cas d'opération de Porro dans l'ostéomalacie, sur lesquels il y a eu 26 guérisons opératoires, et chez ces 26 femmes, l'ostéomalacie a disparu.

Depuis cette publication, FEHLING a pratiqué la même opération une fois et KRONIG deux fois. Dans les trois cas, les femmes ont guéri complètement. Dans un cas, BENCKISER pratiqua au troisième mois de la grossesse, l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale. La femme guérit. »

Il nous reste une dernière question à examiner : faut-il, de parti pris, choisir l'opération de Porro? Nous ne le pensons pas, car, d'une part, nous avons vu que les femmes ayant subi l'opération césarienne conservatrice pouvaient avoir des grossesses ultérieures, justiciables elles aussi de nouvelles opérations. (Le n° 9 FROMMEL 1895, subit 5 césariennes et guérit). D'autre part, sur les 209 cas de notre statistique, nous avons 140 césariennes conservatrices avec 13 femmes mortes, et 69 opérations de Porro avec 10 femmes mortes, c'est-à-dire avec une mortalité supérieure à celle de la première opération. Nous croyons donc qu'il faut réserver le Porro pour des cas graves (infection utérine, rupture de l'utérus, etc...)

(1) BONNAIRE, in *Traité de l'Art des Accouchements*. TARNIER BUDIN.

CHAPITRE IV

Statistiques.

LÉOPOLD et OTTO HAAKE, 1898. SUR CENT OPÉRATIONS CÉSARIENNES

Archiv. fur Gynaekologie. Berlin, 1898. LVI. 1-40.

TABEAU I

OPÉRATIONS CÉSARIENNES FAITES AVEC CONSERVATION DE L'UTÉRUS

(Les numéros 1 à 42 se trouvent dans les travaux de la Clinique royale des femmes de Dresde. Vol. I.)

N° 43. — Entrée le 7 avril 1892. Secondipare.

Accouchement antérieur : le 16 décembre 1888, opération césarienne.

Bassin plat. CD. 9; CV. 7. Indications relatives.

Mère guérie. Enfant vivant, 3680 grammes. Grand diamètre transversal 9 1/2.

Durée de l'opération : 55 minutes.

Résultats ultérieurs pour la mère : pas de fièvre, couches régulières. Pour l'enfant : choléra survenu au 24^e jour.

Mère sortie le 24^e jour. Cicatrice solide. L'utérus est en antéversion et sa surface antérieure est en partie suturée avec la paroi abdominale.

N° 44. — Entrée le 18 juin 1892. III pare : Le 1^{er} accouchement a eu lieu le 1^{er} février 1881 : perforation et céphalotripsie. Le 2^e, le 25 mai 1882 : opération césarienne faite à Leipzig.

Bassin plat rachitique, généralement rétréci. CD. 7 3/4. CV. 6. Indication absolue :

Mère guérie. Enfant vivant, 3390 grammes, grand diamètre transverse 11.

Durée de l'opération : 56 minutes.

Pour la mère, les 5 premiers jours, la température oscille légèrement jusqu'à 38°4. Ensuite les couches se passent sans fièvre. Pour l'enfant, la santé continue à être bonne; il sort le 29^e jour, pesant 4050 grammes.

La mère sort le 29^e jour; la cicatrice abdominale est guérie, sauf deux petits endroits qui suintent un peu. Le fond de l'utérus se trouve à 4 travers de doigts au-dessus de la symphyse du pubis et s'est cicatrisé avec la paroi abdominale antérieure.

N° 45. — Entrée le 17 mai 1893. I pare. Bassin plat rachitique très accentué. CD. 7 $\frac{3}{4}$; CV. 5 $\frac{3}{4}$ à 6. Indications absolues. L'épine iliaque antérieure gauche est plus élevée que la droite; la moitié gauche du bassin est rétrécie.

Mère morte. Enfant né en état d'asphyxie, revient à la vie au bout de 5 minutes. Poids, 2900 grammes. Grand diamètre transversal, 9.

Durée de l'opération : 56 minutes.

Pour la mère : péritonite purulente généralisée, œdème du poumon; mort. Pour l'enfant, santé bonne. Sort au 8^e jour, pesant 2920 grammes. A l'autopsie de la mère, on trouve du pus dans quelques points de suture de la plaie de la laparotomie. Sclérose du cœur, léger athérome de l'aorte et forte athéromatose des artères coronaires. Œdème des lobes supérieurs du poumon et atelectasie par compression des lobes inférieurs. Péritonite adhésive et suppurée. Métrite suppurée, endométrite. Pyélite droite suppurée. Pleurésie avec adhérences à droite et à gauche.

Ce cas présente, comme partie importante, la remarque qui a été faite par M. le professeur Léopold, qu'on aurait dû faire un « Porro ».

N° 46. — Entrée le 16 février 1894. I pare. Bassin plat, généralement rétréci. CD 8 $\frac{1}{2}$; CV 6 $\frac{1}{2}$ à 6 $\frac{3}{4}$.

Indications relatives.

Mère guérie. Enfant vivant, 3290 grammes. Bip. 9 $\frac{3}{4}$.

Durée de l'opération : 31 minutes $\frac{1}{2}$.

Pour la mère : légère élévation de température au 7^e jour, mais sans fièvre. Pour l'enfant, santé bonne; il sort le 28^e jour avec sa mère.

Sa mère sort le 28^e jour; la cicatrice abdominale est bien guérie. L'utérus est en antéflexion et s'est cicatrisé en partie avec la paroi antérieure de l'abdomen.

N° 47. — Entrée le 28 avril 1894. V pare. Le 1^{er} accouchement eut lieu le 4 octobre 1885 : version, extraction d'un enfant mort. Le 2^e accouchement, le 11 décembre 1887, version; l'enfant meurt au bout de 7 jours. Le 3^e accouchement, le 12 février 1889 : version, perforation de la tête. Le 4^e accouchement, le 15 février 1892 : opération césarienne avec suture de l'utérus.

Bassin plat rachitique. CD. 8 à 8 1/2; CV. 6 à 6 1/2.

Indications relatives.

Mère guérie. Enfant né en état d'asphyxie, ranimé au bout de 10 minutes. Poids 3550 grammes.

Grand diamètre transversal 10.

Durée de l'opération : 46 minutes.

Résultats pour la mère : couches sans fièvre. Pour l'enfant, à partir du 11^e jour, diarrhée légère.

L'enfant sort le 27^e jour bien portant.

La mère sort le 27^e jour; la cicatrice abdominale est parfaitement guérie. L'utérus est en antéflexion à 2 travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne et suturé à la paroi antérieure de l'abdomen.

N° 48. — Entrée le 13 novembre 1894. I pare. Bassin plat rachitique : CD. 9 1/4; CV. 7 1/4. Le promontoire est situé profondément et le coccyx est brisé à angle droit se dirigeant en avant.

Mère guérie. Enfant vivant (avec une légère apnée). 3010 grammes; BiP. 9.

Durée de l'opération : 44 minutes.

Suite de couches sans fièvre. Chez l'enfant, diarrhée persistante; il tête mal. On vient le prendre le 15^e jour; il pèse 2520 grammes.

Exeat de la mère le 31^e jour. La plaie abdominale est bien cicatrisée; l'utérus mobile est en antéflexion.

N° 49. — Entrée le 31 octobre 1895. III pare : 1^{er} accouchement le 22 février 1892 : avortement spontané au 3^e mois. 2^e accouchement le 17 août 1894 : perforation et cranioclasie du fœtus mort.

Bassin généralement rétréci, plat rachitique. CD. 9 1/4; CV. 7 1/4. Indications relatives (cyphoscoliose).

Mère guérie. Enfant né en état de profonde asphyxie, ranimé au bout de 8 minutes.

Poids 3350 grammes ; Bi P. 8,5.

Durée de l'opération : 37 minutes.

Suites de couches normales. L'enfant sort le 26^e jour avec une légère raideur de l'articulation du coude.

La mère sort le 26^e jour : l'utérus se trouve à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic et est soudé à la paroi abdominale sur presque toute la longueur de l'incision ; la plaie abdominale est bien cicatrisée.

N^o 50. — Entrée le 13 novembre 1895, I pare. Bassin généralement rétréci, plat rachitique : CD. 8 ; CV. 6. Indications relatives.

Mère guérie. Enfant vivant, 2900 grammes. Bi P, 9.

Durée de l'opération : 33 minutes.

Suites de couches normales. La mère sort avec son enfant le 25^e jour ; il pèse 3350 grammes.

La plaie abdominale est bien cicatrisée, sauf en un petit endroit qui suinte. L'utérus est soudé à la paroi abdominale entre l'ombilic et la symphyse pubienne.

N^o 51. — Entrée le 24 novembre 1895. II pare : 1^{er} accouchement, le 24 juin 1894, spontané, enfant à terme. Bassin généralement rétréci : CD. 8 1/2 ; CV. 6 1/2 à 6 3/4. Indication relative.

Mère guérie. Enfant né en état de légère apnée ; les mouvements respiratoires sont ramenés par le procédé de Marxhall-Hall. Poids 3020 grammes. Bi P. 8 3/4.

Durée de l'opération : 35 minutes.

Suites de couches normales. La mère sort au bout de 25 jours, avec son enfant. La plaie abdominale présente encore 4 points granuleux ; toutefois la cicatrice est bien guérie. L'utérus est fixé à la paroi antérieure de l'abdomen à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

N^o 52. — Entrée le 4 janvier 1896. VIII pare : 1^{er} accouchement le 1^{er} novembre 1881 : perforation. 2^e accouchement en juin 1883 : perforation. 3^e accouchement en novembre 1886 : accouchement spontané d'un fœtus mort putréfié. 4^e accouchement en février 1887 : perforation. 5^e accouchement en février 1889 : perforation ; décollement manuel du placenta. 6^e accouchement en mars 1890 :

perforation. 7^e accouchement, le 27 octobre 1891 : opération césarienne, enfant vivant.

Bassin généralement rétréci, plat rachitique : CD. $7\frac{1}{2}$; CV. $5\frac{1}{2}$. Indication absolue.

Mère guérie. Enfant vivant, 2950 grammes. Bi P. 9.

Suites de couches normales. L'enfant sort le 29^e jour, pesant 3270 grammes.

La mère sort au bout de 29 jours. Suture abdominale solide ; à travers l'abdomen, on ne peut pas sentir l'utérus.

N^o 53. — Entrée le 30 janvier 1896. I pare. Bassin généralement et irrégulièrement rétréci surtout à droite.

CD. 9 ; CV. 7. Indication relative.

Mère guérie. Enfant né en état d'asphyxie blanche, ranimé au bout de 10 minutes. Poids 2600 grammes. Bi P. 8.

Durée de l'opération ; 30 minutes.

L'enfant sort le 40^e jour pesant 3100 grammes. Pour la mère, la température s'élève à 39^e, le 13^e et le 14^e jour, pouls 10 $\frac{1}{2}$; thrombose de la jambe gauche. Elle sort le 40^e jour, complètement guérie. Cicatrice de la plaie abdominale solide, on ne peut pas palper l'utérus à travers l'abdomen.

N^o 54. — Entrée le 28 juillet 1896. II pare : 1^{er} accouchement, le 15 mai 1889, spontané, enfant à terme.

Bassin généralement rétréci, plat rachitique : CD. 9 ; CV. 7. Indication relative.

Mère guérie. Enfant né en état d'asphyxie blanche, ranimé au bout de 15 minutes ; poids 3220 grammes. Bi P. 9.

Durée de l'opération : 30 minutes.

L'enfant a, du 1^{er} au 16^e jour, un léger catarrhe intestinal ; il sort au 20^e jour, bien portant.

Pour la mère, du 7^e au 13^e jour, la température s'élève jusqu'à 39 degrés : suppuration. A partir du 13^e jour, la fièvre disparaît. Au bout de 43 jours, elle sort guérie ; la plaie abdominale est complètement cicatrisée. On ne peut pas palper l'utérus.

N^o 55. — Entrée le 1^{er} avril 1896. I pare. Bassin plat rachitique très prononcé : CD. $7\frac{3}{4}$; CV. $5\frac{3}{4}$ à 6. Indication absolue.

Mère guérie. Enfant vivant, légèrement apnéïque. Poids 2650 grammes. Bi P. 9.

Durée de l'opération : 36 minutes.

L'enfant présente de légers phénomènes intestinaux, mais l'état général est bon et il sort au bout de 24 jours et pèse 2970 grammes.

La mère sort guérie au bout de 26 jours,

La suture abdominale est solide. L'utérus est soudé à la paroi abdominale antérieure à un travers de main au-dessus de la symphyse pubienne.

N° 56. — Entrée le 23 juin 1896. III pare. 1^{er} accouchement le 15 octobre 1893 : tentative de forceps ; perforation du fœtus mort. Pendant les couches, nécrose et décomposition des lèvres de l'orifice utérin et de la portion vaginale du col. 2^e accouchement le 22 mars 1895 : Conglutination de l'orifice externe, dilatation avec une pince à pansement. Version : perforation de la tête fœtale.

Bassin généralement rétréci, plat rachitique : CD. 8 à 9 1/2 ; CV. 7 à 7 1/2. Indication relative.

Mère guérie. Enfant en état profondément asphyxique, ranimé au bout de 12 minutes. Poids 2500 grammes ; Bi P. 8,5. Sort le 17^e jour en bon état.

Durée de l'opération : 32 minutes.

Pour la mère, dans les premiers jours, phénomènes inflammatoires de péritonite ; pouls élevé, température basse ; plus tard, état général meilleur. Elle sort guérie au bout de 31 jours, la plaie abdominale est bien cicatrisée. Le fond de l'utérus se tient en arrière de la symphyse pubienne.

N° 57. — Entrée le 27 juin 1896. I pare. Bassin généralement rétréci, oblique à gauche : CD. 10 ; CV. 8. Indication relative.

Mère guérie. Enfant en état légèrement asphyxique, ranimé au bout d'un temps très court. Poids 4000 grammes. Bi P 10.

Durée de l'opération : 27 minutes.

Du 1^{er} au 12^e jour, la température de la mère s'élève jusqu'à 39.5, pouls 108. Douleurs dans l'articulation du coude gauche (arthrite gonorrhéique?) Gonocoques dans les sécrétions vaginales. Plus tard, cours normal des couches. Elle sort au bout du 33^e jour ; l'utérus est fixé à la paroi abdominale dans le creux ombilical.

La plaie abdominale est bien guérie.

N° 58. — Entrée le 11 octobre 1896. I pare. Bassin généralement rétréci, plat rachitique : CD. 9 ; CV. 7. Indication relative.

Mère guérie. Enfant né en état asphyxique, ranimé au bout d'une minute. Poids 3160 grammes. Bi P. 9.

Durée de l'opération : 28 minutes.

Suites de couches normales; la mère sort au bout de 27 jours; la plaie abdominale est bien guérie.

L'utérus est derrière la symphyse.

L'enfant présente d'abord des spasmes momentanés de la constipation dans les dernières semaines, selles blanches sans coloration bilieuse. Il sort au bout de 27 jours, pesant 3160 grammes.

59. — Entrée le 4 novembre 1896. III pare. 1^{er} accouchement le 30 mai 1886 : opération césarienne. 2^e accouchement le 29 avril 1891 : opération césarienne. Bassin plat rachitique, généralement et considérablement rétréci : CD. 8; CV. 6. Indication relative.

Mère guérie. Enfant vivant 3100 grammes. Bi P. 9,5.

Durée de l'opération : 28 minutes.

Suites de couches normales. Une partie des points de suture de la paroi abdominale cède; deuxième suture. La mère sort au bout de 32 jours; l'utérus n'est pas perceptible à travers la paroi abdominale. La plaie abdominale est bien cicatrisée, sauf sur une longueur de 5 centimètres, où l'on trouve des granulations.

L'enfant sort avec sa mère; il est en très bon état et pèse 3440 grammes.

N° 60. — Entrée le 3 décembre 1896. I pare. Bassin rachitique, cyphoscoliose. CD. 9; CV. 7. Indications relatives.

Mère guérie. Enfant né légèrement asphyxique, ranimé immédiatement. Poids 3180 grammes. Bi P. 8.

Durée de l'opération : 27 minutes.

La mère a une bronchite du 2^e au 7^e jour. A partir du 16^e jour, symptômes de thrombose de la jambe gauche. Température peu élevée, pouls entre 100 et 120.

Elle sort au bout de 42 jours sur le désir qu'elle en a exprimé. La plaie abdominale est bien cicatrisée, l'utérus se trouve derrière la symphyse. L'état général est satisfaisant. Dans la région inguinale gauche, on perçoit le thrombus organisé de la veine crurale. Il existe encore un léger oedème de la jambe et du dos du pied. Pas de douleurs dans les jambes, pas d'albumine.

N° 61. — Entrée le 6 décembre 1893. II pare. Le 1^{er} accouchement le 16 avril 1890 : opération césarienne.

Bassin plat rachitique, généralement et considérablement rétréci. CD. 9 ; CV. 7. Indication relative.

Mère guérie. Enfant né légèrement asphyxique.

Poids 3220 grammes. Bi. P 9.

Durée de l'opération : 35 minutes.

L'enfant meurt au bout du 19^e jour. Diagnostic différentiel à l'autopsie entre bronchite et trachéite. Rupture de la veine rénale gauche et de la veine cave inférieure. Infarctus urinaire des deux reins. Œdème et hyperémie du cerveau.

Suites de couches normales. La mère sort le 27^e jour. La plaie abdominale est bien guérie. L'utérus n'est pas perceptible à travers la paroi abdominale.

N° 62. — Entrée le 9 décembre 1896. I pare. Bassin plat rachitique, généralement et considérablement rétréci : CD. 7,25 ; CV. 5,25. Indication absolue.

Mère guérie. Enfant né légèrement asphyxique, ranimé rapidement. Poids 2880 grammes. Bi P. 10.

Durée de l'opération : 35 minutes.

Dans les premiers jours, la mère a eu une légère bronchite. Du 8^e au 10^e jour, légère élévation de température, qui monte jusqu'à 38° 1 ; dans la suite, la fièvre disparaît.

Pour l'enfant, mort dans la nuit qui suit l'opération. A l'autopsie : catarrhe folliculaire du gros intestin.

La mère sort au bout de 24 jours ; la plaie abdominale est bien cicatrisée. On ne peut pas sentir l'utérus à travers la paroi de l'abdomen.

N° 63. — Entrée le 21 décembre 1896. II pare. 1^{er} accouchement le 9 juillet 1891 : opération césarienne.

Bassin rachitique excessivement plat : CD. 8 ; CV. 6. Indication relative.

Mère guérie. Enfant vivant 3490 grammes. Bi P. 8.

Durée de l'opération : 28 minutes.

Pour la mère, jusqu'au 9^e jour, état normal. Depuis ce moment jusqu'au 27^e jour, bronchite avec fièvre.

La mère sort guérie le 32^e jour. Plaie abdominale bien cicatrisée. Le fond de l'utérus se trouve à deux largeurs de doigt au-dessus de

la symphyse et est soudé à l'extrémité inférieure de la paroi abdominale.

N° 64. — Entrée le 23 février 1897. I pare.

Bassin plat rachitique, généralement rétréci : CD. 8; CV. 6,5. Indication relative.

Mère guérie. Enfant né en état profondément asphyxique, ranimé au bout de 5 minutes. 3290 grammes. Bi P. 9,5.

Durée de l'opération : 24 minutes.

Suites de couches normales.

Enfant mort au 21^e jour : diarrhée, muguet, bronchite. Autopsie : trachéite suppurée, catarrhe de l'estomac et de l'intestin.

La mère sort guérie au bout de 22 jours. Plaie abdominale cicatrisée. L'utérus n'est pas perceptible à travers la paroi abdominale.

N° 65. — Entrée le 27 mars 1897. I pare. Bassin plat rachitique, généralement rétréci : CD. 7,5; CV. 5,5. Indication absolue.

Mère guérie. Enfant né profondément asphyxique, ranimé au bout de 20 minutes. Poids 2970 grammes. Bi P. 9,25.

Durée de l'opération : 35 minutes.

Pour la mère, au 6^e jour, température 39°1, pouls 120.

Au 9^e jour, température 38°1, pouls 116. Bronchite avec fièvre, mais normale.

L'enfant sort en bon état au bout de 20 jours, pesant 3080 grammes.

La mère sort le 20^e jour. Plaie abdominale bien cicatrisée; l'utérus se trouve à 3 doigts au-dessus de la symphyse.

N° 66. — Entrée le 5 avril 1897. II pare. Le 1^{er} accouchement eut lieu le 16 mars 1894; opération césarienne.

Bassin plat rachitique, généralement rétréci. CD. 7,5. Indication relative.

Mère guérie. Enfant vivant 2000 grammes; Bi P. 9,5.

Durée de l'opération : 63 minutes.

Suites de couches normales. Plaie abdominale bien fermée, utérus derrière la symphyse.

L'enfant diminue considérablement de poids : pneumonie. Il sort avec sa mère, au bout de 19 jours, pesant 1690 grammes.

N° 67. — Entrée le 22 avril 1897. II pare. Le 1^{er} accouchement eut lieu le 15 janvier 1896 : perforation.

Bassin plat rachitique, excessivement rétréci : CD. 8; CV. 6. Indication relative.

Mère morte au 7^e jour. Enfant vivant 2900 grammes. Bi P. 9,5.

Durée de l'opération : 47 minutes.

Pour la mère : pouls continuellement élevé avec température normale. Dans les derniers jours, température au-delà de 38°. Symptômes de péritonite : mort.

Pour l'enfant : au 5^e jour, diarrhée; au 8^e jour, sortie : poids 2220 grammes.

Autopsie de la mère : endométrite sanieuse; suppuration de la paroi utérine, début de péritonite. Pneumatose pulmonaire aiguë. Gonorrhée?

N° 68. — Entrée le 13 octobre 1897. Deux accouchements antérieurs; le 1^{er}, le premier mai 1893 : perforation de l'enfant vivant. Le 2^e, le 7 novembre 1894 : version.

Bassin plat rachitique, généralement rétréci. CD. 9; CV. 7. Indications relatives.

Mère guérie. Enfant vivant 3220 grammes. Bi P. 9.

Durée de l'opération : 30 minutes.

Pour la mère : fièvre du 1^{er} au 26^e jour, température 39°2, pouls 144. Abscess de la paroi abdominale : dans le pus de cet abcès, gonocoques; lochies fétides.

Enfant : état général satisfaisant, sort le 14^e jour, pesant 3170 grammes.

Mère : sortie le 43^e jour; au-dessus et au dessous de l'ombilic, se trouve une ouverture fistuleuse longue de 1 centimètre avec quelques granulations.

N° 69. — Entrée le 13 novembre 1897. Trois accouchements antérieurs : 1^o le 3 mai 1890, forceps, garçon vivant, mort au bout de 3 jours; 2^o le 5 novembre 1891 : procidence d'un bras, version et perforation de la tête; 3^o le 10 novembre 1893 : rétrécissement cicatriciel de l'orifice utérin, colpeuryse, rupture des membranes. Tractions sur le pied gauche, perforation du thorax, perforation de la tête, évolution avec l'aide d'un crochet tranchant.

Bassin généralement rétréci : CD. 9,5; CV. 7,5. Indication relative.

Mère morte au 6^e jour.

Enfant vivant 3250 grammes. Bi P. 9.

Durée de l'opération : 42 minutes.

Après l'opération, la mère a un pouls continuellement élevé, 120 à 160; température 38°9 à 39°6. Douleurs violentes, vomissements, météorisme. Dans les sécrétions des lochies on trouve des nombreux streptocoques et gonocoques. Elle meurt le 20 novembre 1897.

Enfant : état général satisfaisant ; sort au bout de 17 jours, pesant 3020 grammes.

Autopsie de la mère : endométrite sanieuse, péritonite suppurée, météorisme considérable. Tumeur atone de la rate, tuméfaction du foie. Anémie rénale, infarctus ancien du rein droit. Atélectasie du lobe inférieur gauche du poumon, œdème du lobe inférieur droit. Dans la trompe gauche, gonocoques.

N° 70. — Entrée le 22 novembre 1897. II pare.

Accouchement antérieur, le 9 avril 1890 : opération césarienne, suites de couches normales.

Bassin plat rachitique, généralement rétréci. CD. 9,5; CV. 7,5. Indications relatives.

Mère guérie. Enfant vivant 3470 grammes. Bi P. 10. Sort en bon état, pesant 3620 grammes.

Durée de l'opération : 49 minutes.

Suites de couches sans fièvre. L'utérus est un peu fléchi à droite et se trouve à un travers de doigt de l'ombilic; pas de paramérite.

N° 71. — Entrée le 21 décembre 1897. II pare.

1^{er} accouchement, le 5 mars 1895 : cranioclasie.

Bassin plat rachitique, généralement rétréci. CD. 8; CV. 6. A la limite des indications absolues.

Mère guérie. Enfant né en état profondément asphyxique, ranimé. Poids 2630 grammes. Bi P. 9,5.

Durée de l'opération : 35 minutes.

Suites de couches sans fièvre. Au 14^e jour, élévation de la température et du pouls (37°9 — 88). Œdème des jambes. Pas de signes de thrombose. La mère sort guérie le 42^e jour. Pas de paramérite.

STATISTIQUE DE LÉOPOLD. 1898

TABEAU II

OPÉRATIONS CÉSARIENNES AVEC ABLATION DE L'UTÉRUS

N° 9. — 10 mai 1893. Deux accouchements antérieurs : 1° le 1^{er} septembre 1890 : perforation. 2° le 18 novembre 1891 : accouchement avant terme, incision de l'orifice utérin, forceps ; l'enfant meurt au bout de deux jours.

Bassin plat rachitique : CD. 7,5 ; CV. 5,5.

Enfant vivant : 3340 grammes. Bi P. 9,5.

Mère vivante. Suites de couches normales.

N° 10. — 14 juillet 1893. Trois accouchements antérieurs : 1° le 2 décembre 1891 : perforation. 2° le 6 décembre 1883 : version ; opération césarienne. 3° accouchement artificiel à 6 mois : délivrance artificielle.

Bassin plat, généralement rétréci : CD. 9. CV. 7.

Enfant vivant 4410 grammes ; Bi P. 11.

Mère vivante. Pas de fièvre jusqu'au 22^e jour ; du au 22^e au 43^e jour, fièvre : néphrite parenchymateuse aigue.

N° 11. — 18 juillet 1893. I pare. Bassin plat rachitique, généralement rétréci. CD. 7,5 ; CV. 5,5.

Enfant vivant 2600 grammes. Bi P. 8,5.

Mère vivante ; suites de couches normales ; pas de fièvre.

Pour l'enfant, bon état général.

N° 12. — 9 mars 1894. I pare.

Bassin plat rachitique, généralement rétréci. CD. 8,25 ; CV. 6,5.

Enfant vivant : 3040 grammes. Bi P. 8,5.

Mère vivante ; suites de couches normales.

N° 13. — 29 juin 1894. Quatre accouchements antérieurs : 1° le 24 juillet 1884 ; accouchement spontané d'un enfant vivant à terme. 2° le 13 juillet 1886 ; accouchement spontané d'un enfant vivant à terme. 3° le 31 juillet 1887 : accouchement spontané d'un garçon mort. 4° le 25 septembre 1888.

Bassin ostéomalacique. CD. 8 ; CV. 6.

Enfant vivant: 3010 grammes; Bi P. 9.
Mère vivante. Fièvre jusqu'au 25^e jour.
Pour l'enfant, bon état général.

N° 14. — 6 mai 1895. I pare.

Bassin plat rachitique : CD. 8 ; CV. 6.

Enfant vivant : 2650 grammes. Bi P. 8,5.

Mère vivante. Jusqu'au 4^e jour, la température s'élève jusqu'à 38° 4, le pouls marque 80. Ensuite plus de fièvre.

N° 15. — 18 avril 1896. Huit accouchements précédents : 1^o le 10 décembre 1885 : accouchement spontané d'un enfant vivant. 2^o le 1^{er} octobre 1887 : forceps, enfant mort. 3^o le 10 octobre 1888 : accouchement spontané d'une fille vivante. 4^o le 30 décembre 1890 : forceps, enfant vivant. Le 5^e et le 6^e : avortements. 7^o le 8 septembre 1893 : forceps, fille vivante, 8^o le 26 octobre 1894.

Bassin plat : CD. 9, 5 ; CV. 7, 5. Indications relatives. Mère guérie.

Enfant vivant : 2630 grammes. Bi P. 9, 5.

Durée de l'opération : 58 minutes.

Suites de couches normales. Le fond de la plaie laisse manifestement voir des granulations.

Pour l'enfant : santé bonne; il sort avec sa mère le 34^e jour et pèse 4240 grammes.

N° 16. — Entrée le 23 avril 1896. I pare.

Bassin plat rachitique, excessivement rétréci : CD. 7, 5 ; CV. 5, 5. Indications relatives.

Bassin de naine : la grossesse offre des dangers pour la mère, d'où Porro.

Mère guérie. Enfant vivant. 3020 grammes : Bi P 9, 5.

Durée de l'opération : 27 minutes.

Pour la mère : du 20^e au 22^e jour, légère élévation de température 38° 2 : suppuration du moignon.

La mère sort guérie le 57^e jour avec son enfant bien portant et pesant 3700 grammes.

N° 17. — Entrée le 2 avril 1896. II pare : accouchement antérieur, le 17 janvier 1892 : perforation et craniotomie du fœtus mort.

Bassin plat rachitique, fortement rétréci : CD. 8,5 ; CV. 6, 5. Indication relative;

Mère guérie. Enfant né profondément asphyxique, ranimé au bout de 5 minutes. Poids : 3450 grammes. Bi P. 9.

Durée de l'opération : 47 minutes.

Résultats pour la mère : au 9^e jour, température 39°5. Pouls 124. Mastite au début. La plaie abdominale présente quelques granulations.

L'enfant sort bien portant au bout de 45 jours.

N° 18. — Entrée le 24 juillet 1896. I pare.

Bassin plat rachitique. CD. 9; CV. 7. Forte cyphoscoliose dorsale à gauche, scoliose des vertèbres lombaires à droite; urines fortement chargées d'albumine, œdème des membres inférieurs. Mère morte 3 heures après l'opération, avec tous les symptômes de l'embolie pulmonaire.

Enfant vivant : 3250 grammes. Bi P. 9, 5.

Durée de l'opération : 33 minutes.

Autopsie de la mère : hémorragie dans la cavité abdominale, anémie généralisée; dégénérescence parenchymateuse du rein. Œdème du poumon. Un fragment du ligament large droit qui avait glissé dans la cavité abdominale avait déterminé l'hémorragie mortelle.

N° 19. — Entrée le 28 juillet 1896. II pare; accouchement précédent, le 1^{er} juillet 1895 : avortement au quatrième mois.

Bassin ankylosé, oblique et généralement rétréci. CD. 9, 5; CV. 7, 5. Indication relative. Ankylose de l'articulation coxo-fémorale droite, scoliose des vertèbres lombaires.

Mère guérie. Enfant vivant : 3760 grammes. Bi P. 9, 5.

Durée de l'opération 38 minutes.

Suites de couches normales; la mère sort au bout de 47 jours. La plaie est bien cicatrisée, sauf en un petit point.

N° 21. — Entrée le 5 mai 1897. Deux accouchements antérieurs : 1^o le 13 novembre 1894 : opération césarienne; 2^o le 23 décembre 1895 : perforation.

Bassin plat rachitique, excessivement rétréci. CD. 8,75; CV. 6, 75. Indication relative.

Mère guérie. Enfant vivant : 2820 grammes. Bi P. 9,25.

Durée de l'opération : 43 minutes.

Suites de couches normales. La mère sort au bout de 32 jours, complètement guéri.

N° 23. — Entrée le 19 juin 1897. I pare.

Bassin rachitique généralement rétréci, cyphoscoliose. CD. 7,25; CV. 5,5. Indication absolue, scoliose lombaire du côté droit. En tenant compte de la faiblesse de constitution de la femme et pour éviter le danger que présente pour elle une nouvelle grossesse, on pratique sur elle l'opération de Porro.

Durée de l'opération : 44 minutes.

Mère guérie. Enfant vivant : 2750 grammes, Bi P. 8.

Suites de couches : du 12^e au 15^e jour, légère élévation de température 38°5; pouls 124. Foyers nécrotiques au moignon, ablation de ce dernier. Dès lors, chute de la température et couches régulières. La mère sort au bout de 40 jours, en très bon état.

N° 24. — Entrée le 21 juin 1897. I pare.

Bassin rachitique, pseudo-ostéomalacique, fortement et généralement rétréci. CD. 10; CV. 8. Indication relative. Lordose lombaire.

Mère guérie. Enfant vivant : 3350 grammes. Bi P. 9,25.

Durée de l'opération : 66 minutes.

Suites de couches : du 2^e au 7^e jour, du 9^e au 11^e jour et du 13^e jusqu'au 20^e jour, fièvre. La température s'élève jusqu'à 39°4; pouls 132. Foyers nécrotiques du moignon qu'on enlève. La mère sort au bout de 37 jours, guérie.

Pour l'enfant, du 13^e au 15^e jour et du 22^e au 24^e jour, muguet et intertrigo. Poids : 3140 grammes. Sort guéri avec sa mère.

N° 25. — Entrée le 7 juillet 1897. I pare.

Bassin plat rachitique, excessivement rétréci. CD. 8,25; CV. 6,25. Lordose lombaire; le squelette entier porte des déviations rachitiques. Avant son entrée à la clinique, on tenta pendant 4 heures la version et les applications de forceps. Après ces essais infructueux, elle se fait conduire en voiture à la clinique; elle avait de fortes hémorragies et était presque moribonde. La tête et une partie du tronc fœtal sont presque enclavées dans l'excavation du bassin. OEdème de l'orifice, vaginal et du périnée, emphysème sous-péritonéal très étendu. Rupture complète de l'utérus.

Mère guérie. Enfant vivant : 2650 grammes. Bi P. 9.

Durée de l'opération : 54 minutes.

Suites de couches normales; la plaie abdominale est bien fermée. La mère sort bien portante avec son enfant au bout de 31 jours.

N° 27. — Entrée le 6 décembre 1897. II pare. Accouchement précédent, le 2 juillet 1896 : expulsion spontanée d'un fœtus à terme (?) macéré.

Bassin plat, généralement rétréci. CD. 8,5; CV. 6,5. Indication relative.

Comme l'enfant est recouvert d'une matière sébacée fétide et comme les membranes de l'œuf sont décolorées, on fait l'opération césarienne d'après PORRO.

Mère guérie. Enfant vivant : 3130 grammes. Bi P. 9.

Durée de l'opération : 44 minutes.

Résultats pour la mère : une seule fois, élévation de température. Température 38°; pouls 84. Ensuite, plus de fièvre.

La mère sort au bout de 34 jours, guérie, mais avec un bandage. Plaie abdominale cicatrisée. Le moignon a bon aspect et est recouvert de bourgeons bien apparents. Pas de paramérite.

N° 28. — Entrée le 7 décembre 1897. I pare.

Bassin excessivement plat rachitique, généralement rétréci : CD. 8,25; CV. 6, 25. Indication relative.

Mère guérie. Enfant vivant : 2570 grammes. Bi P. 8,5.

Durée de l'opération : 47 minutes.

Résultats pour la mère : une seule fois, élévation de température 38°7, pouls 108, le 11^e jour. Depuis, plus de fièvre et couches normales. La mère sort guérie le 27^e jour avec un bandage. La plaie abdominale est bien cicatrisée. Bon aspect du moignon, pas de paramérite.

N° 29. — Entrée le 13 décembre 1897. II pare. Accouchement précédent le 24 août 1889 : perforation d'un enfant à terme vivant.

Bassin cyphoscoliotique, plat rachitique, généralement rétréci. CD. 8,75; CV. 6,75. Indication relative.

La parturiente était presque mourante au moment de l'opération. Insuffisance mitrale, albumine dans les urines, œdème considérable du corps entier, cyanose, dyspnée intense, bronchite. Déformations rachitiques considérables de tout le système osseux. Pouls très fréquent (100 et même davantage) petit et mou.

Mère morte 4 heures après l'opération.

Enfant vivant : 2649 grammes. Bi P. 8,5.

Durée de l'opération : 33 minutes.

Résultats pour la mère : immédiatement après l'opération, le pouls

redescend pendant un temps très court pour remonter aussitôt jusqu'à 160 et même plus ; ralentissement et irrégularités. Un peu plus tard, intermittences de la respiration. Râle trachéal.

Autopsie de la mère : hypertrophie du ventricule droit, insuffisance et sténose mitrale. Congestion dans les poumons et dans les organes de l'abdomen.

OPÉRATIONS CÉSARIENNES DANS LES BASSINS VICIÉS (FROMMEL. 1895).

1. ANERZ (1894). — Bassin entièrement rétréci : CV. 4 centim. 5.
Mère guérie.
Enfant né vivant, meurt au bout de 8 jours.
2. ANERZ (1894). — Bassin généralement rétréci.
Mère morte au bout de 10 jours, d'une maladie intercurrente.
Enfant vivant.
3. DROSSBACH (1895). — Bassin ostéomalacique.
Mère morte au bout de 2 jours de péritonite.
Enfant vivant.
4. FRANTA. — Bassin plat rachitique : CD. 8,6 ; CV. 7.
Mère guérie.
Enfant vivant.
5. FRANTA. — Bassin plat rachitique : CV. 6,8.
Mère guérie. Enfant vivant.
6. FRANTA. — Bassin plat rachitique, généralement rétréci : CV. 5,8.
Mère guérie.
Enfant vivant.
7. FREY (1894). — Rétrécissement d'une moitié du bassin par suite de nécrose de l'os iliaque droit. Opération avec suture de l'utérus et ligature des deux trompes.
Mère guérie.
Enfant vivant.
8. HARRIGAU (1895). — Bassin rétréci.
Mère morte au bout de 20 heures par embolie.
Enfant vivant.
9. KWASNIEWSKI (1894. Thèse d'Iéna). — Bassin plat rachitique : CV. 6,2. Cette femme a subi 4 opérations césariennes antérieures.

Mère guérie.

Enfant vivant.

10. LAURO (1895). — Bassin rétréci : CV. 4, 8 centimètres.

Mère guérie. Enfant vivant.

11. LEHMANN (1895-Thèse de Greifswald). — Bassin généralement rétréci. CD. 9, 5; CV. 7, 75.

Opération césarienne typique : pas de complications.

Au bout de 5 jours, iléus pour lequel on fait une opération.

Mère morte au bout de 6 jours de péritonite consécutive à la 2^e opération.

Enfant vivant.

12. LOHLEIN (1895). — Bassin rachitique chez une naine. CV. 6 centimètres.

Mère guérie. Enfant vivant.

13. LUDWIG (1895). — Bassin cyphotique avec exostoses.

Rétrécissement absolu du détroit inférieur.

Mère guérie. Enfant vivant.

14. RAPIN. — Bassin plat rachitique, généralement rétréci.

Mère guérie. Enfant vivant.

15. RIEPPI (1895). — Bassin généralement rétréci.

CV. 6, 5. Castration en même temps que l'opération césarienne.

Mère guérie. Enfant vivant.

16. SALUS (1895). — Bassin profondément rétréci, compliqué d'ankylose des ligaments sacro-iliaques. Opération typique. Mère guérie. Enfant vivant.

17. TARNIER (1895). — (Nouv. archives obst. et gynéc) :

Ostéomalacie et bassin profondément vicié.

Mère guérie. Enfant vivant.

18. THORNE (1894). — Bassin excessivement plat CV. 4 centimètres.

Mère guérie. Enfant vivant.

OPÉRATIONS CÉSARIENNES AVEC PORRO

(Frommel. 1895)

1. CASATI (1895). — Bassin rachitique. CV. 5.

Mère guérie.

Enfant mort.

2. CHIARLEONI (1895). — Bassin rétréci par ostéomalacie.
Mère guérie.
Enfant vivant.
3. id (1895). — Bassin ostéomalacique.
Mère guérie. Enfant vivant.
4. DAVIS (1895). — Bassin rétréci. CV. 7, 75.
Mère guérie. Enfant vivant.
5. DUNN (1894). — Bassin absolument rétréci chez une naine. Opération césarienne : 2 jumeaux en asphyxie : l'un meurt.
Mère guérie.
1 enfant seul vivant.
6. FRANTA. — Bassin ostéomalacique absolument rétréci.
Mère morte au bout de 3 jours par péritonite.
Enfant mort.
7. id Bassin ostéomalacique.
Mère morte au bout de 2 jours par péritonite.
Enfant vivant.
8. HIRST (1895). — Bassin rétréci. CD. 7,5.
Mère guérie. Enfant vivant.
9. KRASSOWSKY (cité par PERLIS). — Bassin cyphotique.
Rupture de l'utérus.
Résultats?
10. PERLIS. — Bassin vicié par cyphose sacro-lombaire.
Mère guérie.
Enfant mort.
11. PINZANI (1895). — Bassin rachitique. Porro.
Complications : endométrite, infection de la plaie, etc.
Mère morte au bout de 20 jours, de pyohémie consécutive à une suppuration du bassin.
Enfant ?
12. PRICE. — Bassin vicié chez une naine.
Mère guérie. Enfant vivant.
13. ROBINSON (1895). — Bassin rétréci.
Mère guéri. Enfant vivant.
14. RIEPPI (1894). — Bassin rétréci. CV. 6,5. Opération césarienne : forte hémorragie.
Extirpation totale de l'utérus.
Mère guérie. Enfant vivant.

15. id. (1894). — Bassin rétréci. CV. 5,5. Opération césarienne avec extirpation totale de l'utérus.
Mère guérie. Enfant vivant.
16. RIEPPI (1895). — Bassin rétréci. CV. 4,5. Opération césarienne et ablation totale de l'utérus.
Mère guérie. Enfant vivant.
17. SCHANTA. — Bassin ostéomalacique très rétréci; éventration de l'utérus. Opération césarienne et extirpation totale de l'utérus.
Mère guérie. Enfant vivant.

OPÉRATIONS CÉSARIENNES DANS LES BASSINS VICIÉS (FROMMEL, 1896)

1. ADENOT (Lyon. 1895). — Bassin ostéomalacique.
Mère guérie. Enfant vivant.
2. id. — Bassin rétréci. CV. 6,5 à 7 centimètres.
Mère guérie. Enfant vivant.
3. AYERS. — Bassin excessivement rétréci.
Opération sur un fœtus mort.
Mère morte.
4. BACKER. — Cyphose lombo-sacrée. Bassin cyphotique en entonnoir. Diamètre transversal du détroit inférieur : 5 centimètres exactement.
Le bassin est très rétréci.
Mère guérie. (La guérison n'était plus escomptée.)
Enfant vivant.
5. id. — Bassin rachitique. CD. 8,9; CV. 7.
Mère guérie. Enfant vivant.
6. BÉCHET (Paris). — Bassin rétréci. Rachitisme.
Mère guérie. Enfant vivant.
7. BECKING. — Bassin plat rachitique, généralement rétréci. CV. 7 centimètres. Opération typique.
Mère guérie. Enfant vivant.
8. BODE. — Bassin rachitique.
Mère guérie. Enfant vivant.
9. BRAUN. — Bassin spondylolisthésique. CD. 9.
Opération typique.
Mère guérie. Enfant vivant.

10. WERTH (1894). — Bassin plat rachitique, généralement rétréci :
CD. 8,2. Indication relative.
Mère guérie. Enfant vivant.
11. COE. — Bassin cyphotique compliqué de néphrite chronique.
Opération césarienne suivie d'hystérectomie.
Mère guérie. Enfant vivant.
12. FRITSCH. — Bassin plat rachitique : CV. 6,5 ; CD. 15.
Mère guérie.
Enfant né en état d'asphyxie, non ranimé.
13. id. — Bassin plat : CD. 10 centimètres.
Mère guérie. Enfant vivant.
14. GORDES. — Bassin rachitique et absolument rétréci : CV. 5 à 5,5.
Mère guérie. Enfant vivant.
15. DE LEE. — Bassin rachitique avec scoliose lombaire et bassin
asymétrique généralement rétréci : CV. 8 centimètres.
Mère guérie.
Enfant vivant.
16. LEOCATA. — Bassin rétréci : CV. 6 centimètres.
Mère guérie. Enfant vivant.
17. id. — Bassin rétréci : CV. 6,5.
Mère guérie. Enfant vivant.
18. MAYGRIER et TARNIER (1895. Obstétrique du 15 juillet). — Bas-
sin rachitique asymétrique, généralement rétréci. Indication
absolue d'opération césarienne.
Mère guérie. Enfant vivant.
19. OLSHAUSEN. — Femme naine avec un bassin généralement rétréci :
CV. 8 centimètres.
Mère guérie. Enfant vivant.
- 20 et 21. VAN DE POLL (1886 et 1888). — Bassin plat rachitique,
généralement rétréci : CV. 6,5. La même femme subit une opé-
ration césarienne en 1886 et un porro en 1888.
Mère guérie. Enfant vivant.
22. v. ROSTHORN. — Bassin ostéomalacique.
Mère guérie. Enfant vivant.
23. LEBEDEW. — Bassin rétréci : CD. 9 centimètres.
Opération typique. Ligature des 2 trompes.
Mère guérie. Enfant vivant.
24. SLOCUM. — Bassin absolument rétréci : CV. 4 centimètres.
Opération typique.

- Mère guérie. Enfant vivant.
25. WYDER (1895). — Bassin généralement rétréci chez une femme ayant une taille de 1^m53.
CV. 9,25. Opération typique.
Mère guérie. Enfant vivant.
26. Id. — Naine avec bassin plat rachitique : CV. 8.
Mère guérie. Enfant vivant.
27. Id. (1896). — Bassin plat rachitique : CV. 8.
Mère guérie. Enfant vivant.
28. Id. — Bassin simplement aplati : CV. 8.
Mère guérie. Enfant vivant.
29. Id. — Bassin généralement rétréci : CV. 8,25 à 8,50.
Mère guérie. Enfant vivant.
30. TOTH. — Bassin plat, généralement rétréci : CV. 7,5.
Mère guérie. Enfant vivant.
31. EVERKE. — Rachitisme. Fœtus mort.
Mère guérie.
32. Id. — Bassin rétréci.
Mère guérie. Enfant vivant.
33. Id. — Bassin rétréci.
Mère guérie. Enfant vivant.

OPÉRATIONS CÉSARIENNES. PORRO
(FROMMEL. 1896)

1. BOYD. — Bassin rachitique, généralement rétréci : CV. 6,5.
Myomes multiples de l'utérus. Porro in extremis.
Mère guérie. Enfant mort.
2. CUTTS. — Bassin considérablement rétréci. CD : 2,25.
Lordose. Ankylose de l'articulation de la hanche.
Mère morte au bout de 36 heures, de septicémie.
Enfant vivant ;
3. DAVIS. — Bassin rétréci ; une nouvelle grossesse peut faire courir de très grands dangers à la malade : porro.
Mère guérie. Enfant vivant.
4. id. — Bassin rétréci : CD. 77.
Mère guérie. Enfant vivant.

5. id. — Bassin rétréci.
Mère guérie. Enfant vivant.
6. HASKIN. — Bassin rétréci.
Mère guérie. Enfant vivant.
7. KEHRER. — Bassin rachitique ; rupture de l'utérus.
Mère guérie. Enfant vivant.
8. id. — Bassin ostéomalacique.
Mère guérie. Enfant vivant.
9. LEJA. — Bassin ostéomalacique.
Mère guérie. Enfant vivant.
10. POBEDINSKY. — Bassin rachitique, scoliotique et cyphotique
avec rétrécissement du diamètre transversal du détroit inférieur : CV. 6 centimètres.
Mère guérie. Enfant vivant.
11. SALUS. — Bassin typique vicié par l'ostéomalacie.
Porro ; ablation de l'utérus d'après Pacquelin, moignon rétropéritonéal d'après Krobach, pas de drainage vaginal.
Mère morte au bout de 6 jours de péritonite septique. Enfant mort.
12. SCHWARTZ. — Bassin généralement rétréci chez une jeune femme
naine et rachitique : CV. 4.
Mère guérie. Enfant vivant.
13. WYDER ET STREBEL. — Bassin rachitique chez une naine : CV.
5 centimètres.
Mère guérie. Enfant vivant.
14. id. (1891). — Bassin coxalgique et rétréci : CV. 8,5.
Porro. Paramétrite et péritonite.
Mère morte. Enfant vivant.
15. WYSOR (1893). — Bassin rachitique et petit.
Mère guérie. Enfant vivant.
16. BASATI (1895). — Bassin rachitique. Porro.
Gangrène de la paroi vésico-vaginale.
Fœtus mort.
Résultats pour la mère ?
17. DECIO ET GHEZZI. — Bassin rachitique. CV. 7 centimètres.
Moignon extra-péritonéal.
Mère guérie. Enfant vivant.
18. DECIO ET MANGIAGALLI. — Bassin ostéomalacique.
Moignon rétropéritonéal.

- Mère guérie. Enfant vivant.
19. DECIO. — Bassin rachitique : CV. 7 centimètres.
Moignon extrapéritonéal.
Mère guérie. Enfant vivant.
20. EVERKE et BOCHUM (1896). — Bassin ostéomalacique.
Mère guérie. Enfant vivant.
21. EVERKE (1896). — Bassin ostéomalacique. Indications absolues :
Porro. Sang dans la cavité abdominale.
Mère morte par hémorragie.
Enfant vivant.
22. FRITSCH (1894). — Bassin scoliotique généralement rétréci ;
rachitisme.
Mère guérie. Enfant vivant.
23. Id. — Bassin généralement rétréci.
Mère guérie.
Jumeaux vivants.
24. Id. — Bassin ostéomalacique.
Mère guérie. Enfant vivant.
25. Id. — Bassin ostéomalacique.
Mère guérie. L'enfant extrait en état de profonde asphyxie ne
survit pas.

LISTE DES CAS D'OPÉRATIONS CÉSARIENNES

(FROMMEL, 1897.)

1. AWTANDILOFF (Tiflis). — Bassin plat avec cyphoscoliose : CD 9 ;
CV. 6,5 à 7.
Mère guérie. Enfant vivant.
2. BRAUN. (Wien). — Bassin rachitique irrégulièrement rétréci :
CV. 6 3/4.
Mère guérie. Enfant vivant.
3. CAMERON (Glasgow). — Bassin rachitique généralement rétréci.
Mère guérie. Enfant vivant.
4. CHIRCHOW. — Bassin généralement rétréci : CV. 7,5.
Mère guérie. Enfant vivant.
5. COSENTINO. — Bassin ostéomalacique.

- Mère guérie. Enfant vivant.
7. FRANK (Cologne). — Bassin rétréci. CV. 6,5.
Mère guérie. Enfant vivant.
8. FREY et MERMANN. — Bassin ostéomalacique avec indications absolues.
Mère guérie. Enfant vivant.
9. HAIN. — Bassin généralement rétréci surtout au détroit inférieur :
CD, 7,5.
Mère guérie. Enfant vivant.
10. HIRST (B.-C.). — Bassin rachitique chez une naine : CV. 6,25.
Mère guérie. Enfant vivant.
12. Id. — Bassin rétréci : CV. 7,25. Développement anormal du fœtus. Indication absolue. Mère guérie. Enfant vivant.
13. HECKING. — Bassin plat généralement rétréci : CV. 7.
Mère guérie. Enfant vivant.
14. HOEDEMAEKER (Deventer). — Bassin rétréci. Chute du cordon dans le vagin. Version.
Mère guérie.
Enfant mort avant l'opération.
15. Id. — Bassin rétréci.
Mère guérie. Enfant vivant.
16. Id. — Bassin rétréci.
Mère guérie. Enfant vivant.
17. Id. — Bassin rétréci. CD. 8.
Mère morte au bout du 3^e jour par paralysie du cœur.
Enfant mort aussitôt après sa naissance.
18. Id. — Bassin rétréci. CD. 8.
Mère guérie. Enfant vivant.
19. Id. — Bassin considérablement rétréci : CD. 6,5.
Mère guérie. Enfant vivant.
20. JEWETT. — Bassin rétréci chez une femme naine. CD. 11.
Mère guérie. Enfant vivant.
21. JOHANNOWSKY. — Bassin rétréci. Indication relative. L'utérus présente une longue éventration de sa paroi postérieure. Suture à la soie.
Mère guérie.
Enfant profondément asphyxique, non ranimé.
22. Id. — Bassin rétréci.
Mère guérie. Enfant vivant.

23. KIRCHHOF. — Bassin rachitique : CV. 6,75.
Mère guérie. Enfant vivant.
24. KNAUER. — Bassin rachitique : CD. 9,5 ; CV. 8.
Mère guérie. Enfant vivant.
25. LUNN. — Bassin étroit.
Mère guérie. Enfant vivant.
26. LWOFF (J.-M.). — Bassin extrêmement rachitique et généralement rétréci : CD. 7, 5.
Mère guérie. Enfant vivant.
27. MANDELSTAMM (Odessa). — Bassin plat, généralement rétréci, asymétrique, oblique : CV. 7.
Opération typique ; 12 sutures profondes, 20 superficielles.
Mère guérie. Enfant vivant.
28. POLOSSON. — Bassin rachitique chez une naine.
Mère morte. Enfant vivant.
29. RAMDOHR. — Bassin rétréci : CD. 6,5. Indications absolues.
Mère morte au bout de 24 heures par septicémie. Enfant vivant.
30. REYINGER (Gröningen). — Bassin plat rachitique : CV. 6,5.
Mère guérie. Enfant vivant.
31. SCHRODER (Fritsch, opérateur). — Bassin plat rachitique : CD. 7,5.
Mère guérie. Enfant vivant.
32. WILSON. — Bassin généralement rétréci.
Mère guérie. Enfant vivant.
33. EVERKE. — Bassin rétréci.
Mère morte par infection et septicémie.
Enfant vivant.
34. Id. — Femme petite avec bassin rétréci et exostoses des deux branches du pubis.
Mère guérie. Enfant vivant.
35. Id. — Bassin très étroit.
Après l'opération : abcès et fistules de l'utérus.
Mère guérie. Enfant vivant.
36. EVERKE. — Bassin étroit.
Mère guérie. Enfant vivant.
37. ZWEIFEL. — Bassin de Robert, rétréci transversalement
Mère guérie. Enfant vivant.
38. Id. — Bassin généralement rétréci.
Mère guérie. Enfant vivant.

39. Id. — Bassin plat rachitique, généralement rétréci : CV. 8.
Mère guérie. Enfant vivant.
40. Id. — Bassin rachitique.
Mère guérie. Enfant vivant.
41. Id. — Bassin plat rachitique : CV. 5,5.
Mère guérie. Enfant vivant.
42. Id. — Bassin plat rachitique : CV. 6,6.
Mère guérie. Enfant vivant.
43. Id. — Bassin plat rachitique : CV. 5,9. ; promontoire fortement
proéminent.
Mère guérie. Enfant né vivant; plus tard infection du cordon et
mort.
44. Id. — Bassin plat rachitique : CV. 7,5.
Mère guérie. Enfant vivant.
45. Id. — Bassin plat rachitique, généralement rétréci.
Mère guérie. Enfant vivant.
46. — Id. — Bassin plat rachitique : CV. 6.
Mère guérie. Enfant vivant.
47. Id. — Bassin rachitique, irrégulièrement rétréci.
Mère guérie. Enfant vivant.
48. Id. — Bassin plat rachitique, irrégulièrement rétréci.
Mère guérie. Enfant vivant.
49. Id. — Bassin plat rachitique : CV. 6,8 à 6,9.
Mère guérie. Enfant vivant.
50. Id. — Bassin plat rachitique, généralement rétréci : CV. 7,4.
Mère guérie. Enfant vivant.

OPÉRATIONS CÉSARIENNES AVEC ABLATION DE L'UTÉRUS (FROMMEL. 1897)

1. GASIGLIA. — Bassin généralement rétréci : CV. 5.
Porro.
Mère guérie. Enfant vivant.
2. MADLENER. — Bassin ostéomalacique avec myome de l'utérus
Porro.
Mère guérie. Jumeaux vivants.
3. POBIEDINSKY. — Bassin irrégulièrement rétréci : CV. 6.
Porro.

Mère guérie. Enfant vivant.

4. SCHRODER. — Bassin plat, généralement rétréci: CD. 7,5.
Porro.

Mère guérie. Enfant vivant.

5. Id. Bassin ostéomalacique.
Porro.

Mère guérie. Enfant vivant.

6. Id. Bassin plat, rachitique: CD. 6.
Porro.

Mère morte par péritonite septique.

Enfant mort avant l'opération.

7. EVERKE. — Bassin ostéomalacique. Indication absolue.
Porro.

Mère guérie. Enfant vivant.

8. PINARD ET SEGOND. — Bassin cyphoscoliotique asymétrique,
ablation de l'utérus entier et de ses annexes par la méthode de
Kelly.

Mère guérie. Enfant vivant.

Nous avons ajouté à notre statistique les cas suivants:

1898. LAURENT G. (Maternité de Roanne). — Rétrécissement du
bassin, luxation congénitale double des hanches.

Opération de Porro.

Mère guérie. Enfant vivant.

1899. BAR (Société obstétricale de France. 7^e session, Avril. —
10 cas d'opération césarienne.

1 seule femme morte.

Tous les enfants vivants.

Pour nous résumer, la question se pose au praticien de la façon suivante : il se trouve en face d'un bassin vicié à un point tel qu'il ne puisse espérer que l'accouchement se fera naturellement ; de plus, la grossesse est trop avancée pour qu'il songe à l'accouchement prématuré artificiel. La femme, voulant avoir son enfant vivant, consent à une opération. L'accoucheur doit-il choisir la symphyséotomie ou la césarienne ?

Nous basant d'une part sur l'opinion des maîtres que nous avons cités, d'autre part sur l'étude à laquelle nous nous sommes livré, nous concluons de la façon suivante :

CONCLUSIONS

1° La symphyséotomie est une opération difficile, comportant des suites opératoires dangereuses, avec une mortalité maternelle (12, 50 0/0) et infantile (14, 58 0/0), supérieures à celles de l'opération césarienne.

2° Etant donnés la sûreté de l'opération, l'absence de complications, la mortalité moins élevée pour les mères (11 0/0) et pour les enfants (7, 68 0/0), la césarienne est préférable.

3° Il en résulte que le cercle des indications de l'opération césarienne, conservatrice ou non, doit être agrandi : les bassins au-dessous de 7 centimètres, et même 7, 5, deviennent justiciables de la césarienne.

4° L'opération de Porro doit être réservée aux cas graves (infection utérine, rupture utérine, etc.). Elle trouve également son indication dans l'ostéomalacie, dont elle produirait la guérison.

Vu : *Le Doyen,* Vu : *Le Président de Thèse,*

P. BROUARDEL.

P. BUDIN

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

ABEL. — Résultats éloignés de la symphyséotomie et de l'opération césarienne.

(*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 16 février 1899).

ABELLY. — Documents pour servir à l'histoire de la symphyséotomie. (Thèse Paris, 15 février 1899).

BAR. — Société obstétricale de France, 7^e session. (*Presse médicale*, 26 avril 1899).

BONNAIRE. — Conduite à tenir dans les bassins ostéomalaciques. (Traité de l'Art des Accouchements. TARNIER et BUDIN. Tome III).

BOSSI. — Société obstétricale de France, 7^e session. (*Presse médicale*, 26 avril 1899).

BUDIN. — *Presse médicale*, 26 avril 1897.

CHARLES. — Cent césariennes de Léopold; nonante symphyséotomies de Pinard.

Statistique actuelle de ces deux opérations à la maternité de Liège. (*J. d'accouchements*, Liège, 18 septembre 1898).

Id. — Société obstétricale de France, 7^e session. (*Presse médicale*, 26 avril 1899).

EVERKE. — De l'opération césarienne. Réunion des méd. et nat. allemands à Dusseldorf, septembre 1898. (*Gaz. hebdom.*, 13 octobre 1898).

FOCHIER. — Société obstétricale de France, 7^e session. (*Presse médicale*, 26 avril 1899).

FROMMEL. — Jaresbericht über die Fortschritte auf Geburtsheffe und Gynaekologie. 1895-1896-1897.

HUGÉ. — De la dystocie liée aux parties molles dans les bassins généralement rétrécis. (Thèse Paris, 11 mars 1899).

LAURENT G. — Rétrécissement du bassin. Luxation congénitale double des hanches. Opération de Porro. (*Lyon méd.*, 8 octobre 1898).

LÉOPOLD et O. HAAKE. — Ueber 100 sectiones cæserea.

(*Archiv. f. Gynaek.* Berlin, 1898).

OLSHAUSEN. — Congrès de Moscou. Séance du 21 août 1887.

(*Annales de Gynécologie et d'obstétrique*, 1897).

RUBINROT. — Contribution à l'étude de la symphyséotomie.

(Thèse, Paris, 28 février 1899).

VARNIER. — La symphyséotomie (Rapp.)

(*Annales de Gynécol. et Obstétr.* 1897).

ZWEIFEL. — La symphyséotomie (Rapp.)

(*Annales de Gynéc. et Obst.* 1897).



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Symphyséotomie	10
CHAPITRE II. — Opération césarienne	17
CHAPITRE III. — Comparaison des deux opérations	23
CHAPITRE IV. — Statistiques	30
Léopold et Otto Haake, 1898, sur cent opérations césariennes...	30
<i>Tableau I.</i> — Opérations césariennes faites avec conservation de l'utérus.....	30
Statistique de Léopold 1898.	41
<i>Tableau II.</i> — Opérations césariennes avec ablation de l'uté- rus.....	41
Opérations césariennes dans les bassins viciés (FROMMEL, 1895)..<	46
Opérations césariennes avec Porro (FROMMEL, 1895).....	47
Opérations césariennes dans les bassins viciés (FROMMEL 1896)..<	49
Opérations césariennes; Porro (FROMMEL, 1896).....	51
Liste des cas d'opérations césariennes (FROMMEL, 1897).....	53
Opérations césariennes avec ablation de l'utérus (FROMMEL, 1897).	56
CONCLUSIONS.....	59
BIBLIOGRAPHIE.....	60

